

総括

■ 機能種別

主たる機能種別「一般病院 3」及び副機能種別「精神科病院」を適用して審査を実施した。

■ 認定の種別

書面審査および 11 月 28 日～11 月 30 日に実施した訪問審査の結果、以下のとおりとなりました。

機能種別	一般病院 3	条件付認定（6 ヶ月）
機能種別	精神科病院（副）	認定

■ 改善要望事項

- ・機能種別 一般病院 3
 1. サーベイランスの実施等に関して貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（1. 4. 2）
 2. 診療記録の適切な記載に関して貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（2. 1. 2）
 3. 誤認防止対策に関して貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（2. 1. 3）
 4. 情報伝達エラー防止対策に関して貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（2. 1. 4）
 5. 患者等の急変時対応に関して貴院が補充的な審査で提示した改善策を継続的に実践してください。（2. 1. 8）
- ・機能種別 精神科病院（副）

該当する項目はありません。

1. 病院の特色

医学部附属病院として診療を開始した貴院はその後、県のがん診療連携拠点病院、災害拠点病院、被爆者指定医療機関、認知症疾患医療センター、地域周産期母子医療センター、原子力災害拠点病院、がんゲノム医療連携病院等の様々な指定を受け、今日に至っている。新たな病棟増築、外来・中央診療棟の全面改修等を行い、施設・設備面の拡充・整備も着実に実施している。直近 5 か年を見ても臨床研究センター、がん患者・家族サポートセンター、再生医療センター、高度外傷センター、難病総合治療センター、アレルギーセンター、肝疾患相談・支援センター、先端がん治療センター、総合ハートセンター、災害医療・危機管理センター、ロボット支援手術推進センターなどを次々と組織化し、機能の拡充に努めている。

病院機能評価を継続して受審し、外部評価における指摘事項への対応を図り、病院機能の改善に努めている。以下、今回の審査について総括コメントを記すが、評価項目別の評価結果と併せて、貴院の今後のより一層の発展に向け、少しでも参考になれば幸いである。

2. 理念達成に向けた組織運営

理念と5項目の目標を基本方針として設定し、ホームページや各種パンフレット等で院内外への周知が図られている。病院長は、複数の副院長に役割を分担して組織運営に当たっている。また、医師派遣検討委員会を設置し、その委員長を務め、医師派遣人事の透明性を確保するなど、強力なリーダーシップを発揮している。特定機能病院の承認要件に沿った病院管理者の新たな選考規程が作成されている。様々な会議体で病院運営の案を検討し、病院運営委員会で各種委員会報告を確認するとともに、病院運営に関する合議が図られている。中・長期計画、年次事業計画は、財務面に留まらず、施設整備や医療の質向上などにわたり、十分に計画が立てられ、達成・進行状況が管理されており適切である。診療科の目標管理は適切に実施されているが、看護やコメディカル部門の目標管理については各部門に任せられており、病院としての管理が望まれる。情報管理に関する方針は明確で、ICTは有効に活用されている。文書管理について、規則は整備されているが、承認者が不明確な状況を見直したところなので徹底を図られたい。

医療法や施設基準に必要な人員は確保されているが、臨床工学技士の拡充など今後の継続的な人材の確保が期待される。健康診断は確実に実施され、ストレスチェック後のフォロー体制も整備されており、職員の安全衛生管理は適切である。院内保育所や病児・病後児保育以外にも学童保育施設を開設するなど、子育て支援の環境を充実させており、魅力ある職場づくりの醸成に向けた取り組みは適切である。

全職員を対象とした教育・研修について、担当部署を明確にし、教育・研修の管理システムの構築を計画しているところである。同システムにより、各研修に対する出席率の把握等についても、病院全体としての管理ができるようになることが期待される。人材の育成や能力開発を目指した大学の人事評価システムが実施され、目標や達成度などについて、面接や評価により人材育成に活用されている。今後、医師のクリニカルプリビレッジや看護部門の中堅レベルでのクリニカルリーダーの活用などが期待される。

3. 患者中心の医療

患者の権利は明文化され周知も図られているが、「人間としての尊厳」や「個人情報保護」といった点についての言及があると良い。説明と同意文書についての方針と具体的手順等は明文化されている。今後、同意書を必要とする診療行為の範囲の明確化や、説明同意の実施状況の確認について、一層の進展が望まれる。検査、処置、手術等の説明書やパンフレットが活用され、独自のDVD等の使用などで患者の理解を促進している。患者支援体制は整備され、地域医療連携センターの統括のもとで、医療相談や退院支援が、社会福祉士や看護師などにより積極的に行われて

いる。がん患者・家族サポートセンターや肝疾患相談・支援センターなどの専門的な相談・支援などの体制も整備されている。個人情報保護はおおむね適切に実施されているが、パスワードロック機能付き USB メモリの各部署への配布については、その必要性の再検討が望ましい。臨床における倫理的課題への対応については、組織的に検討する場として臨床倫理委員会が発足しているが、比較的多く発生する倫理的課題についてはあらかじめ検討して病院としての対応方針・手順等を定めておくことが望まれる。各部署では倫理的課題に対するカンファレンスが適時行われているが、さらなる研修や実践の成果が期待される。

路線バスや駐車場の整備によりアクセスが確保され、食堂やコンビニエンスストア、患者休憩室や図書室など、利便性や快適性に配慮した施設が整備されている。院内はバリアフリーで、障害者用の駐車場も十分に確保されている。医学部を含むキャンパス全体の敷地内禁煙が達成され、禁煙外来などの禁煙支援も適切に行われている。

4. 医療の質

患者・家族からの意見や要望などは改善の良い機会と考えて、意見箱や外来、退院時のアンケート（満足度調査）などから様々な意見や要望、苦情などを収集し、病院長を中心に積極的に改善に活用している。臨床指標や質指標に関して「データセンター」が主導する形で密な分析や検討が行われているが、臨床現場における具体的な利活用をさらに検討されると良い。クリニカル・パスの活用もさらに推進されたい。病院として外部からの第三者評価を積極的に受け入れており、各種立入検査等の指摘にも速やかに対応している。高難度新規医療技術の安全な実施、未承認新規・適応外医薬品の安全な使用に向けて、法令に則した体制整備が図られたところである。患者に十分な情報提供を行い、納得して医療を受けることができる仕組みの構築を期待したい。

病棟、外来等の診療・ケアの管理・責任体制は明確にされ、掲示して周知されている。診療記録については、病名の記載や初期計画の記載をはじめいくつかの課題があり、継続的に取り組む体制作りが進められているが、今後の実績を確認する必要がある。多職種による専門チームとして NST、ICT、AST、褥瘡対策チーム、糖尿病チーム、緩和ケアチーム、周術期チームなどが活動し、チーム回診やカンファレンスを実施しており、依頼への対応などが適切に行われている。

5. 医療安全

医療安全に関する病院の基本原則を体系的に医療安全管理マニュアルとして整理しているので、今後、各部署マニュアルとの整合性を確認しておくことが望まれる。報告されたインシデントの分析と対策立案は着実に行われているが、併せて、外部から得られる情報を参考にした積極的な取り組みを実施していくことも期待したい。患者の誤認防止は、院内掲示などで、患者自身がフルネームで名乗ることの促進活動が行われている。

部位、検体などの誤認防止については、安全管理部門の主導によりマニュアルの見直しが図られた。また、情報伝達エラー防止対策では、口頭指示の手順について見直しが図られた。ともに、継続的に取り組む体制作りが進められているが、今後の実績を確認する必要がある。薬剤の安全な使用に向けた取り組みでは、疑義照会事例を院内に周知するなど、医療安全部門と連携した対応が行われている。転倒・転落防止対策は、入院時全患者にリスク評価を行い、ハイリスク対象者には、マニュアルに沿った対策を実施している。入院中は定期的な評価が行われ、必要な事例に対しては会議で対策の検討を行い、リスクマネージャーを介してフィードバックされており適切である。医療機器の安全使用については、マニュアルが整備され、部署で使用している機器は臨床工学技士と看護師の協働により点検が行われており、機器の設定の条件など、チームで共有される仕組みが構築されている。なお、医療機器に関する研修会については、医療機器安全管理部門として職員への教育・研修の実績を把握し、習得技能を評価することなどが望まれる。患者急変時の対応は、院内緊急コードが設定され全職員へ周知徹底されており、蘇生装置の整備・配置が行われている。急変をとらえるシステム（RRS）活動についての具体的なマニュアルが作成され、また、全職員対象の心肺蘇生講習会については、管轄部署が明確にされた。患者等の急変時対応に関して継続的に取り組む体制作りが進められているが、今後の実績を確認する必要がある。

医療事故にはおおむね適切に対応されているが、異なる複数の報告連絡体制フロー図が存在するため、整理して職員への周知を図ることが望まれる。

6. 医療関連感染制御

医療関連感染制御に向けた体制では、副院長が責任者となり、医師、看護師、薬剤師、臨床検査技師、事務職員が配置された病院長直轄の感染制御部が設置され、権限の委譲も明確である。感染対策委員会は適正なメンバーで構成され、機能しており、ICT、AST も組織され、日々の感染制御活動に努めている。感染マニュアルは適切な内容で作成され、新たな情報に応じて適時改訂されている。医療関連感染制御に向けた情報収集と検討では、手術部位感染のサーベイランスを確実にを行い、分析から改善につなげる取り組みが必要であり、継続的に取り組む体制作りが進められているが、今後の実績を確認する必要がある。

ICT とリンクナースの連携により環境ラウンドを行い、マニュアルの遵守状況を評価し、指導・監視を実施している。血液・体液が付着したリネンの処理は、マニュアルに基づき行われている。手指衛生の徹底については、各職種間の手洗いの評価を含めた効果的な情報発信があればより適切である。なお、個人防護用具の着用については、必要な処置時のマキシマル・バリア・プリコーションを遵守し、さらなる安全文化が醸成されることを期待したい。抗菌薬の使用は、内服剤も含め全て使用状況が把握され、AST も定期的に活動しているが、AST のよりタイムリーな介入など、さらなる抗菌薬適正使用に向けた取り組みを期待したい。

7. 地域への情報発信と連携

病院ホームページ、医療機関向け広報や、患者向け広報誌などで必要な情報が発信されている。地域医療連携センターを窓口として、診療の予約から県の医療情報ネットワークの活用、地域の医療・介護などの関係機関や行政との連携まで、積極的に取り組まれている。紹介や逆紹介への対応では、返書の管理について一元的に管理できる体制の整備が期待される。大学病院として、地域の住民や医療機関に向けて多彩なセミナーや研修会、公開講座や健康教室などを開催し、教育・啓発に努めている。特に、毎週外来ホールで開催されているミニ講座「ちょっと気になる健康講座」は回数を重ねており、好評である。

8. チーム医療による診療・ケアの実践

外来患者の待ち時間の表示や案内について、具体的な対策を検討されたい。診断的検査は「説明と同意」のもと安全に実施されているが、侵襲的検査における同意文書の取得判断に関しては、病院としての明確な指針等を定めておくことが望ましい。入院の決定は、診療科および診療科横断的カンファレンスで医学的に判断され、患者の同意に基づいて決定されている。入院時には、身体所見や検査所見が診断・評価され、診療計画がカンファレンス等で検討され、治療方針が立てられて入院診療計画書が迅速に作成されている。患者相談窓口は一本化され、相談内容に応じて担当者につなぐ体制が整備されている。圧倒的に多いがん相談や退院相談には、認定看護師や退院支援看護師とMSWが連携して適切に対応している。担当医ならびに診療科長による回診が行われ、病棟スタッフ間の情報共有も適切に図られている。診断書等の文書作成にも、医師事務作業補助者を活用して迅速な対応がなされている。入退院管理センターが設置され、事務職、看護師の配置により、予定入院患者に対しての入院手続きや、問診が行われている。手術患者への対応については、必要時には術前より周術期管理チームが介入できる体制が構築されている。今後は、医療チームとして、薬剤師や管理栄養士などを含めた多職種で関わる体制の構築が望まれる。看護体制は、一部病棟と外来の一元化を取り入れ継続看護に努めている。看護提供体制はPNS（パートナーシップ・ナーシング・システム）により、新人のサポート体制が構築され、臨床実践能力評価を行うクリニカルラダーシステムが導入されている。今後は、看護実践能力評価を活用した看護活動に期待したい。抗がん剤投与後の観察は行われているが、抗菌薬などの投与後の確認が必要な薬剤への対応を確実に実施することが望まれる。輸血・血液製剤投与はマニュアルに則って安全に配慮して行われ、副作用や緊急輸血への対応も適切である。手術・麻酔の適応や方法等に関しては事前の検討や判断がなされており、麻酔科医による術前診察や手術室看護師による術前訪問が行われている。一部の手術症例に対して行われている「周術期管理チーム」の諸活動はさらに広げられたい。一方で、周術期合併症の予防に向けた各種取り組みはより強化されたい。病態や重症度等に応じた患者管理と良質な診療・ケアが展開され、医師、看護師、薬剤師、管理栄養士、臨床工学技士等による専門職種としての介入も行われている。褥瘡の予防と治療では、入院時にリスク評価を行い、ハイリスク対象者には適したケアを計画し、

実践している。入院患者の栄養評価は看護師が行い、管理栄養士との定期的カンファレンスや、必要に応じたNSTによるケア支援などが適切に実施している。多職種から構成された緩和ケアチームの活動によりコンサルテーションが行われ、患者・家族への支援が行われている。疼痛管理については、苦痛緩和のための鎮痛に関するガイドラインに基づき適切に実施されている。また、緩和ケア認定看護師や、がん専門相談員などによる支援や患者・家族へのピアサポートも行われており、症状緩和は適切に行われている。リハビリテーションは主治医、専門医、療法士および看護師が適切に連携し、効率的な訓練が実践されている。身体抑制は、フローチャートに沿って必要性を判断し、同意書や実施中の観察が行われているが、同意書と観察記録シートについては、抑制方法や患者の状態がわかりやすい記録を残すことが望まれる。退院支援は、地域医療連携センターを中心に、多職種が早期に介入する体制が整備されている。退院後の診療・ケアの継続では、退院カンファレンスで退院計画書が作成され、転院先や在宅サービス機関へ必要な情報が提供されている。特に、認定看護師による退院後在宅訪問については、ケアの保障や訪問看護師への支援として、今後さらに期待される。ターミナルステージの判定プロセスは各診療科で行われているが、患者・家族の意向やQOLを踏まえた診療・ケアが実践されており、多職種によるサポート体制が構築されている。また、緩和ケア病棟は極めて優れた療養環境が整備され、ブリーフケアも行われており高く評価できる。

<副機能：精神科病院>

地域における精神科医療の最先端を担う施設として、適切に役割分担がなされている。医療観察法による入院や、精神科救急には対応していないものの、県立の他病院と連携が取られ、適切に運用されている。患者の権利、診断・治療方針等の確認は、毎月行われる教授回診、多職種カンファレンスで、全入院患者に対して行われている。他科との連携に関しては緩和ケア、リエゾン回診など積極的に行われている。

市民公開講座も積極的に行い、市民のみならず、地域の開業医師に対する精神疾患の啓発活動も行われている。全体的に教授を中心に、多職種チームで適切な医療が実践されている印象であり、今後も、地域の精神科医療の手本となるべく実践が期待できる。

9. 良質な医療を構成する機能

薬剤使用時の注意点を病棟看護師に提供するなど、薬剤管理の体制が整備されている。入院患者の持参薬確認や服薬指導も適切に行われている。臨床検査部門は24時間体制での検査ニーズに応えており、ISO15189の認証も受けているが、異常値やパニック値に対する院内手順については検討の余地がある。画像診断では、大学病院の役割に見合う体制が取られ、高度な診断機能が発揮されており、診断報告書も適切に作成されている。栄養管理機能については、衛生管理に配慮された調理施設において、適時・適温給食が実施されている。患者の嗜好や個別性に配慮した美味しい食事の提供に努めている。リハビリテーションでは、大学病院としての機

能を十分に発揮し、学術的にも質の高いリハビリテーションが実践されており、秀でているものと評価できる。電子カルテシステムが導入され診療情報は一元管理されている。診療記録の量的点検は全件確認が開始されており、今後とも継続的に取り組まれない。共用医療機器の点検・管理・記録は適切に実施され、医局購入機器の把握と管理にも取り組み始めている。今後は、機種標準化や更新計画にも臨床工学部門の関与を期待したい。使用済みの器材の一次洗浄は中央化されており、RFID タグによる鋼製小物個体管理システムにより洗浄、組み立て、滅菌までの業務工程が追跡できる仕組みが構築され、使用履歴から在庫管理まで効率的な滅菌物の保管・管理が行われている。質保証については、各種インディケータを適正に使用し、滅菌精度が確認されており、洗浄・滅菌機能は極めて高く評価できる。

病理診断部門では、検体処理プロセスの自動化やバーコード照合等を有効活用することで検体交差を起こさないように工夫している。また、ISO15189 の認証も受けている。さらに、病理専門医によるダブルチェックが実施され、結果報告書の既読チェックにも配慮されている。放射線治療は専門医、医学物理士、専門技師などで多様な治療が行われており、品質保障委員会で治療の質が検討されるなど、適切に機能が発揮されている。医師の指導の下、輸血部業務は適切に実施され、外部評価によっても業務の質が高く評価されている。手術は過半数が全身麻酔症例となっている。手術室内での各種誤認防止策は院内手順に沿って行われ、全身麻酔等の覚醒判断や退室判断、患者搬送時の安全確保にも適切に対応している。その他、手術室外での侵襲的検査における全身麻酔や鎮静管理において麻酔科が積極的に介入している点などは、高く評価したい。ICU は「セミクローズド ICU」として機能しており、医師・看護師の他、薬剤師や臨床工学技士、療法士などの専門職種が適切に関与している。集中ケア認定看護師を養成中であり、今後配置されて役割を果たせると良い。「救命救急センター」と「高度外傷センター」が併設され、救急現場へのドクターカーやヘリ対応などにも応じている。入院病棟として、救命救急病棟、ICU1、HCU を柔軟に利用し、地域の救急患者への応需率向上や適正な患者トリアージに務めている。高度外傷センターには、CT 検査とインターベンション治療および手術治療が可能な「ハイブリッド ER 室」が設置され、本邦初の「Acute Care Surgery 講座」が中心となり、若手医師および専攻医教育に積極的に寄与している状況であり、高く評価したい。

10. 組織・施設の管理

国立大学法人会計基準に基づき、財務諸表が作成され、HOMAS（国立大学法人管理会計システム）などの分析により自院の経営状況の把握に努めており、財務・経営管理は適切に行われている。受付から収納業務まで適切に実施されている。レセプトは、医師と事務担当者が関与して請求内容の点検が実施されている。未収金回収はフローに基づき、弁護士事務所へ委託されるなど、医事業務は組織的に対応されており適切である。業務委託については契約内容や委託業務の質などが把握されている。委託業務従事者は必要な教育に参加している。事故発生時の対応体制についても手順が明確にされており、業務委託は適切に行われている。

施設・設備については、日常的な点検や計画的な保守管理が実施され緊急時の対応体制も整備されている。医療ガスの点検なども適切に実施されており、独立した医療ガス安全管理委員会が設置されている。医薬品や医療材料などの物品管理は、発注から納品、在庫管理など、SPD も活用して適切に実施されている。

災害時の対応については、災害拠点病院として防災マニュアルや事業継続計画（BCP）などが整備され、災害医療・危機管理センターを中心に定期的な訓練や災害派遣医療チーム（DMAT）の編成や訓練、実際の災害派遣などに積極的に取り組んでおり、優れている。保安業務は、保安や警備の専門職により 24 時間 365 日実施され、必要な体制が整備されている。

1 1．臨床研修、学生実習

初期臨床研修は、卒後臨床研修センターにおいて医師と歯科医師の研修が、プログラムに従って実施され、研修の評価・管理は EPOC 用いて実施されている。看護師、薬剤師、臨床検査技師などの専門職種についても、1 年をめどに初期研修プログラムなどを活用して適切な研修が実施されている。体制は秀でているものと評価できる。学生実習として医師、看護師、薬剤師、療法士、臨床検査技師、診療放射線技師、管理栄養士、臨床工学技士などの学生を受け入れている。学生実習を受け入れる際に、実習生の感染症の罹患状況の把握やワクチン接種の把握、抗体価検査の実施状況など一元的な把握に努められたい。

1 患者中心の医療の推進

評価判定結果

1.1	患者の意思を尊重した医療	
1.1.1	患者の権利を明確にし、権利の擁護に努めている	B
1.1.2	患者が理解できるような説明を行い、同意を得ている	B
1.1.3	患者と診療情報を共有し、医療への患者参加を促進している	A
1.1.4	患者支援体制を整備し、患者との対話を促進している	A
1.1.5	患者の個人情報・プライバシーを適切に保護している	B
1.1.6	臨床における倫理的課題について継続的に取り組んでいる	B
1.2	地域への情報発信と連携	
1.2.1	必要な情報を地域等へわかりやすく発信している	A
1.2.2	地域の医療機能・医療ニーズを把握し、他の医療関連施設等と適切に連携している	B
1.2.3	地域に向けて医療に関する教育・啓発活動を行っている	A
1.3	患者の安全確保に向けた取り組み	
1.3.1	安全確保に向けた体制が確立している	B
1.3.2	安全確保に向けた情報収集と検討を行っている	B
1.4	医療関連感染制御に向けた取り組み	
1.4.1	医療関連感染制御に向けた体制が確立している	A
1.4.2	医療関連感染制御に向けた情報収集と検討を行っている	C
1.5	継続的質改善のための取り組み	
1.5.1	患者・家族の意見を聞き、質改善に活用している	A
1.5.2	診療の質の向上に向けた活動に取り組んでいる	B

1.5.3	業務の質改善に継続的に取り組んでいる	A
1.5.4	倫理・安全面などに配慮しながら、新たな診療・治療方法や技術を開発・導入している	B
1.6	療養環境の整備と利便性	
1.6.1	患者・面会者の利便性・快適性に配慮している	A
1.6.2	高齢者・障害者に配慮した施設・設備となっている	A
1.6.3	療養環境を整備している	A
1.6.4	受動喫煙を防止している	A

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.1	診療・ケアにおける質と安全の確保	
2.1.1	診療・ケアの管理・責任体制が明確である	A
2.1.2	診療記録を適切に記載している	C
2.1.3	患者・部位・検体などの誤認防止対策を実践している	C
2.1.4	情報伝達エラー防止対策を実践している	C
2.1.5	薬剤の安全な使用に向けた対策を実践している	B
2.1.6	転倒・転落防止対策を実践している	A
2.1.7	医療機器を安全に使用している	B
2.1.8	患者等の急変時に適切に対応している	C
2.1.9	医療関連感染を制御するための活動を実践している	B
2.1.10	抗菌薬を適正に使用している	B
2.1.11	患者・家族の倫理的課題等を把握し、誠実に対応している	B
2.1.12	多職種が協働して患者の診療・ケアを行っている	A
2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	B
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	B
2.2.4	入院の決定を適切に行っている	A
2.2.5	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
2.2.6	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.7	患者が円滑に入院できる	B

2.2.8	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.9	看護師は病棟業務を適切に行っている	B
2.2.10	投薬・注射を確実・安全に実施している	B
2.2.11	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.12	周術期の対応を適切に行っている	B
2.2.13	重症患者の管理を適切に行っている	A
2.2.14	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.15	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.16	症状などの緩和を適切に行っている	A
2.2.17	リハビリテーションを確実・安全に実施している	A
2.2.18	安全確保のための身体抑制を適切に行っている	B
2.2.19	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2.2.20	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2.2.21	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

3 良質な医療の実践 2

評価判定結果

3.1	良質な医療を構成する機能 1	
3.1.1	薬剤管理機能を適切に発揮している	A
3.1.2	臨床検査機能を適切に発揮している	B
3.1.3	画像診断機能を適切に発揮している	A
3.1.4	栄養管理機能を適切に発揮している	A
3.1.5	リハビリテーション機能を適切に発揮している	S
3.1.6	診療情報管理機能を適切に発揮している	B
3.1.7	医療機器管理機能を適切に発揮している	B
3.1.8	洗浄・滅菌機能を適切に発揮している	S
3.2	良質な医療を構成する機能 2	
3.2.1	病理診断機能を適切に発揮している	A
3.2.2	放射線治療機能を適切に発揮している	A
3.2.3	輸血・血液管理機能を適切に発揮している	A
3.2.4	手術・麻酔機能を適切に発揮している	A
3.2.5	集中治療機能を適切に発揮している	A
3.2.6	救急医療機能を適切に発揮している	S

4 理念達成に向けた組織運営

評価判定結果

4.1	病院組織の運営と管理者・幹部のリーダーシップ	
4.1.1	理念・基本方針を明確にしている	A
4.1.2	病院管理者・幹部は病院運営にリーダーシップを発揮している	A
4.1.3	効果的・計画的な組織運営を行っている	B
4.1.4	情報管理に関する方針を明確にし、有効に活用している	B
4.1.5	文書管理に関する方針を明確にし、組織として管理する仕組みがある	B
4.2	人事・労務管理	
4.2.1	役割・機能に見合った人材を確保している	B
4.2.2	人事・労務管理を適切に行っている	B
4.2.3	職員の安全衛生管理を適切に行っている	A
4.2.4	職員にとって魅力ある職場となるよう努めている	A
4.3	教育・研修	
4.3.1	職員への教育・研修を適切に行っている	B
4.3.2	職員の能力評価・能力開発を適切に行っている	B
4.3.3	専門職種に応じた初期研修を行っている	S
4.3.4	学生実習等を適切に行っている	B
4.4	経営管理	
4.4.1	財務・経営管理を適切に行っている	A
4.4.2	医事業務を適切に行っている	A
4.4.3	効果的な業務委託を行っている	A

4.5	施設・設備管理	
4.5.1	施設・設備を適切に管理している	B
4.5.2	物品管理を適切に行っている	A
4.6	病院の危機管理	
4.6.1	災害時の対応を適切に行っている	S
4.6.2	保安業務を適切に行っている	A
4.6.3	医療事故等に適切に対応している	A

機能種別：精神科病院（副）

2 良質な医療の実践 1

評価判定結果

2.2	チーム医療による診療・ケアの実践	
2.2.1	来院した患者が円滑に診察を受けることができる	A
2.2.2	外来診療を適切に行っている	A
2.2.3	診断的検査を確実・安全に実施している	A
2.2.4	任意入院の管理を適切に行っている	A
2.2.5	医療保護入院の管理を適切に行っている	A
2.2.6	措置入院の管理を適切に行っている	A
2.2.7	医療観察法による入院の管理を適切に行っている	NA
2.2.8	診断・評価を適切に行い、診療計画を作成している	B
2.2.9	患者・家族からの医療相談に適切に対応している	A
2.2.10	患者が円滑に入院できる	A
2.2.11	入院中の処遇（通信・面会、任意入院者の開放処遇の制限）に適切に対応している	A
2.2.12	医師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.13	看護師は病棟業務を適切に行っている	A
2.2.14	投薬・注射を確実・安全に実施している	A
2.2.15	輸血・血液製剤投与を確実・安全に実施している	A
2.2.16	電気けいれん療法（ECT 治療）を適切に行っている	A
2.2.17	褥瘡の予防・治療を適切に行っている	A
2.2.18	栄養管理と食事指導を適切に行っている	A
2.2.19	症状などの緩和を適切に行っている	A

2. 2. 20	急性期（入院初期～回復期）のリハビリテーションを適切に行っている	A
2. 2. 21	慢性期のリハビリテーションを適切に行っている	A
2. 2. 22	隔離を適切に行っている	A
2. 2. 23	身体拘束を適切に行っている	A
2. 2. 24	患者・家族への退院支援を適切に行っている	A
2. 2. 25	必要な患者に継続した診療・ケアを実施している	A
2. 2. 26	ターミナルステージへの対応を適切に行っている	A

年間データ取得期間： 2017 年 4 月 1 日 ～ 2018 年 3 月 31 日
 時点データ取得日： 2018 年 4 月 1 日

I 病院の基本的概要

I-1 病院施設

I-1-1 病院名： 島根大学医学部附属病院

I-1-2 機能種別： 一般病院3、精神科病院(副機能)

I-1-3 開設者： 国立大学法人

I-1-4 所在地： 島根県出雲市塩冶町89-1

I-1-5 病床数

	許可病床数	稼働病床数	増減数(3年前から)	病床利用率(%)	平均在院日数(日)
一般病床	570	570	+0	93	14
療養病床					
医療保険適用					
介護保険適用					
精神病床	30	30	+0	80	62
結核病床					
感染症病床					
総数	600	600	+0		

I-1-6 特殊病床・診療設備

	稼働病床数	3年前からの増減数
救急専用病床	10	+0
集中治療管理室 (ICU)	12	-2
冠状動脈疾患集中治療管理室 (CCU)		
ハイケアユニット (HCU)	8	+8
脳卒中ケアユニット (SCU)		
新生児集中治療管理室 (NICU)	6	+0
周産期集中治療管理室 (MFICU)		
放射線病室	4	+0
無菌病室	20	+0
人工透析	10	+0
小児入院医療管理料病床	29	-5
回復期リハビリテーション病床		
地域包括ケア病床		
特殊疾患入院医療管理料病床		
特殊疾患病床		
緩和ケア病床	21	+0
精神科隔離室		
精神科救急入院病床		
精神科急性期治療病床		
精神療養病床		
認知症治療病床		

I-1-7 病院の役割・機能等

特定機能病院, 地域医療支援病院, 災害拠点病院(地域), へき地拠点病院, 救命救急センター, がん診療連携拠点病院(都道府県), エイズ治療拠点病院, 肝疾患診療連携拠点病院, DPC対象病院(Ⅰ群), 地域周産期母子医療センター

I-1-8 臨床研修

I-1-8-1 臨床研修病院の区分

医科 ☒ 1) 基幹型 ☒ 2) 協力型 ☐ 3) 協力施設 ☐ 4) 非該当
 歯科 ☒ 1) 単独型 ☐ 2) 管理型 ☐ 3) 協力型 ☐ 4) 連携型 ☐ 5) 研修協力施設
☐ 非該当

I-1-8-2 研修医の状況

研修医有無 ☒ 1) いる 医科 1年目： 8 人 2年目： 14 人 歯科： 1 人
☐ 2) いない

I-1-9 コンピュータシステムの利用状況

電子カルテ ☒ 1) あり ☐ 2) なし 院内LAN ☒ 1) あり ☐ 2) なし
 オーダリングシステム ☒ 1) あり ☐ 2) なし PACS ☒ 1) あり ☐ 2) なし

I-2 診療科目・医師数および患者数

I-2-1 診療科別 医師数および患者数・平均在院日数

診療科名	医師数 (常勤)	医師数 (非常勤)	1日あたり外来 患者数 (人)	外来診 療科構 成比(%)	1日あたり入院 患者数 (人)	入院診 療科構 成比(%)	新患割 合(%)	平均在 院日数 (日)	医師1人 1日あたり外来 患者数 (人)	医師1人 1日あたり入院 患者数 (人)
内科	7	0								
呼吸器内科	13	0								
循環器内科	12	0	36.87	3.18	24.60	4.42	4.58	14.77	3.07	2.05
消化器内科（胃腸内科）	20	0	55.59	4.79	33.15	5.95	6.18	14.17	2.78	1.66
腎臓内科	7	0	21.56	1.86	5.86	1.05	1.50	20.28	3.08	0.84
神経内科	8	0	30.50	2.63	30.87	5.55	6.17	24.82	3.81	3.86
糖尿病内科（代謝内科）	16	0.05								
血液内科	14	0.23								
皮膚科	11	0	59.51	5.13	9.96	1.79	4.78	9.36	5.41	0.91
小児科	18	0.41	46.62	4.02	29.99	5.39	8.48	12.53	2.53	1.63
精神科	13	0.09	65.94	5.69	24.08	4.33	1.08	64.40	5.04	1.84
外科	3	0								
呼吸器外科	5	0	8.42	0.73	10.58	1.90	3.59	14.35	1.68	2.12
循環器外科(心臓・血管外科)	6	0	8.39	0.72	14.20	2.55	4.47	28.32	1.40	2.37
乳腺外科	2	0								
消化器外科(胃腸外科)	12	0	24.07	2.08	30.39	5.46	1.44	18.58	2.01	2.53
泌尿器科	13	0.21	71.34	6.15	26.86	4.82	2.07	15.81	5.40	2.03
脳神経外科	9	0	17.15	1.48	23.05	4.14	6.26	22.26	1.91	2.56
整形外科	16	0	70.21	6.06	51.81	9.30	6.72	24.04	4.39	3.24
形成外科	2	0	5.68	0.49	3.13	0.56	7.84	8.40	2.84	1.57
眼科	10	0.41	100.61	8.68	19.47	3.50	5.37	5.96	9.66	1.87
耳鼻咽喉科	7	0	31.33	2.70	20.35	3.66	5.95	15.72	4.48	2.91
小児外科	3	0	6.62	0.57	3.35	0.60	19.41	3.87	2.21	1.12
産婦人科	12	0								
産科			28.91	2.49	18.04	3.24	4.15	11.31		
婦人科			59.30	5.11	20.16	3.62	5.51	8.46		
リハビリテーション科	6	0	32.32	2.79	0.08	0.01	0.16	15.00	5.39	0.01
放射線科	20	0.52	4.91	0.42	0.47	0.09	25.69	4.87	0.24	0.02
麻酔科	28	0	24.79	2.14	5.96	1.07	0.87	30.45	0.89	0.21
病理診断科	8	0	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
臨床検査科	4	0	1.16	0.10	0.00	0.00	0.00	0.00	0.29	0.00
救急科	5	0	37.07	3.20	23.27	4.18	50.56	12.87	7.41	4.65
歯科口腔外科	6	0	48.30	4.17	11.84	2.13	18.20	6.48	8.05	1.97
内分泌代謝内科			72.73	6.27	12.19	2.19	1.89	11.00		
腫瘍・血液内科			29.78	2.57	41.87	7.52	2.52	23.77		
肝臓内科			29.42	2.54	7.58	1.36	3.27	11.43		
膠原病内科			32.74	2.82	6.19	1.11	2.02	23.43		
呼吸器・化学療法内科			35.07	3.02	29.51	5.30	5.99	12.23		
肝・胆・膵外科			8.52	0.73	14.05	2.52	4.17	19.69		
乳腺・内分泌外科			22.67	1.95	3.64	0.65	6.72	6.19		
放射線治療科			26.15	2.26	0.18	0.03	0.12	9.43		
総合診療科	8	0	5.22	0.45	0.00	0.00	6.34	0.00	0.65	0.00
医療安全管理部	2	0								
感染制御部	2	0								
緩和ケア	3	0								
光学医療診療部	2	0								
高度外傷センター	7	0								
手術部	1	0								
集中治療部	5	0								
輸血部	1	0								
周産期母子医療センター	3	0								

I-2-2 年度推移

実績値		対 前年比%				
昨年度	2年前	3年前	昨年度	2年前		
年度(西暦)		2017	2016	2015	2017	2016
1日あたり外来患者数		1,159.46	1,090.37	1,055.66	106.34	103.29
1日あたり外来初診患者数		73.75	70.73	73.70	104.27	95.97
新患率		6.36	6.49	6.98		
1日あたり入院患者数		556.76	546.81	529.01	101.82	103.36
1日あたり新入院患者数		38.29	36.74	35.16	104.22	104.49